

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25300>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Tijdens de conferentie werd echter door verschillende onderzoekers geconstateerd dat er in de praktijk na een myocardinfarct weinig van deze preventieve mogelijkheden gebruik wordt gemaakt. Zo constateerde Wood et al. dat er nauwelijks een verschil in behandelde risicofactoren bestaat tussen patiënten die een eerste of een recidief myocardinfarct krijgen. Dezelfde onderzoekers keken ook naar het gebruik van lipideverlagende middelen in een steekproef van 717 patiënten na een myocardinfarct die jonger dan 71 jaar waren. Bij 346 patiënten (48 procent) was het serumcholesterolgehalte boven de waarde van 5,5 mmol/l zonder dat er een adequate behandeling plaatsvond. Deze en andere onderzoeken laten zien dat er nog veel te verbeteren valt op het gebied van de implementatie van richtlijnen voor primaire preventie.

Conclusie

Of we met de opkomst van subklinische risicofactoren in een nieuw tijdperk van de strijd tegen hart- en vaatziekten zijn aangekomen, is niet duidelijk. Mogelijk verschuift het front enigszins in de richting van preventieve interventies bij ongunstige subklinische voortekenen. Echter, juist bij de bewezen effectieve behandeling van evidente klinische ziekten kan voor de patiënt nog veel winst worden behaald. De strijd moet dus minstens op twee fronten worden voortgezet. Een volgende International Conference on Preventive Cardiology over vier jaar is reeds gepland.

F.W.A. Verheugt *

19e Europese Cardiologie Congres te Stockholm

Behandeling van stabiele angina pectoris heeft door de invasieve behandelingsmogelijkheden als bypasschirurgie en PTCA belangrijk aan kracht gewonnen. De medicamenteuze standaardbehandeling bestaande uit β -blokkers, nitraten en aspirine, leidt zeker op de lange termijn niet altijd tot het verdwijnen van de klachten of een aanvaardbare kwaliteit van leven. Het verbeteren van de bloedstroom naar het ischemische myocard met een bypassgraft of een ballondilatatie resulteert dan vaak in een sterke verbetering van het klachtenpatroon. De vergelijking van de effectiviteit van PTCA en bypasschirurgie is in veel onderzoeken geëvalueerd bij de kleine groep patiënten, die voor elk van beide ingrepen in aanmerking kan komen (meestal slechts 5 tot 10 procent van de voor revascularisatie voorgestelde patiënten). De effecten van PTCA en chirurgie zijn min of meer identiek gebleken. PTCA leidt evenwel vaker tot heringreep dan bypasschirurgie, maar is in aanzet goedkoper en minder ingrijpend. Veel minder is de rol van zowel bypasschirurgie als PTCA ten opzichte van medicamenteuze behandeling onderzocht. Oudere onderzoeken uit de jaren zeventig en tachtig van bypasschirurgie ten opzichte van medicamenteuze behandeling laten geen effect op de overleving zien, behalve als drietakslijden met verminderde linkerkamerfunctie aanwezig is. Ook patiënten met een vernauwing in

de ramus descendens anterior van de linkerkransslagader lijken, waar het gaat om de prognose, over het algemeen beter af met chirurgie dan met medicamenteuze behandeling. Dat bypasschirurgie het aantal infarcten bij patiënten met stabiele angina pectoris vermindert, is in deze onderzoeken nooit aangetoond.

Vergelijkend onderzoek tussen PTCA en medicamenteuze behandeling van stabiele angina pectoris is bijzonder weinig uitgevoerd. Twee kleine onderzoeken, die slechts enkele honderden patiënten omvatten, lieten een duidelijk voordeel voor de PTCA zien wat betreft klachtenvermindering. Het optreden van hartinfarct en dood waren in deze onderzoeken te gering om er enige conclusie aan te verbinden.^{1,2}

Onlangs werd op het 19e Europese Cardiologie Congres te Stockholm het resultaat bekend van het tot nu toe grootste gerandomiseerde onderzoek tussen PTCA en medicamenteuze therapie bij patiënten met lichte tot matig ernstige stabiele angina pectoris en werden de resultaten ongeveer gelijktijdig gepubliceerd in *The Lancet*.³ Dit zogenaamde RITA (Randomized Intervention Treatment of Angina)-2 onderzoek omvatte ruim duizend patiënten behandeld in twintig centra in het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Alle patiënten hadden lichte tot matige ernstige stabiele angina pectoris en ondergingen een coronairangiografie. Ruim 40 procent had tweetakslijden of erger. De ernst van de angina pectoris zou normaal gesproken niet hebben geleid tot het ondergaan van een hartkatheterisatie, maar de bedoeling van het onderzoek was nu juist na te gaan of deze patiënten reeds in het beschreven stadium van hun ziekte baat zouden hebben van het ondergaan van een PTCA. Patiënten die dermate ernstig coronarialijden bleken te hebben, dat een operatie noodzakelijk werd geacht, werden van het onderzoek uitgesloten, evenals die bij wie een PTCA om welke reden dan ook niet mogelijk bleek. Van de 1.018 patiënten werden 504 patiënten gerandomiseerd naar PTCA en 514 naar medicamenteuze behandeling. De follow-up bedroeg 2,7 jaar. De wachttijd tot de PTCA bedroeg vijf weken. Gedurende het onderzoek gingen ruim 100 (20 procent) medicamenteus behandelde patiënten over naar de PTCA-groep of ondergingen een bypassoperatie. In de PTCA-groep moesten tijdens de follow-up 96 (19 procent) patiënten opnieuw een PTCA ondergaan of worden geopereerd.

Aan het einde van de follow-up-periode waren elf patiënten (2 procent) in de PTCA-groep en zeven patiënten (1 procent) in de medicamenteuze groep overleden. Er ontstonden 21 hartinfarcten (4 procent) in de PTCA-groep tegen tien hartinfarcten (2 procent) in de medicamenteuze groep. Van de hartinfarcten in de PTCA-groep waren er zeven (1 procent) te wijten aan de initiële PTCA-procedure. Eén patiënt in de PTCA-groep overleed aan de initiële PTCA als gevolg van een dodelijke bloedingscomplicatie. Aan het einde van de follow-up was 65 procent van de patiënten in de PTCA-groep klachtenvrij tegen 50 procent in de medicamenteus behandelde groep. Het laatste getal is gedeeltelijk te danken aan de ruim 20 procent van de medicamenteus behandelde patiënten, die overgingen naar een procedure gedurende de follow-up. Ook de

* Afd. Cardiologie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, St. Radboud, Nijmegen

objectieve maat van belastbaarheid was beter in de PTCA-groep gedurende de gehele follow-up, maar eindigde aan het eind van de follow-up tot een verbetering van slechts een halve minuut langere belastbaarheid.

De conclusie van dit geruchtmakende onderzoek is dat PTCA bij lichte tot matig ernstige stabiele angina pectoris een duidelijke en blijvende verbetering van het klachtenpatroon oplevert ten opzichte van medicamenteuze behandeling, evenwel ten koste van een klein, maar significant risico van hartinfarct en dood ten gevolge van de procedure, en een risico van 20 procent op een hernieuwde ingreep. Net als bij coronaire bypasschirurgie voorkomt het uitvoeren van een PTCA niet een hartinfarct op de korte en middellange termijn, zoals wel eens door leek en medicus wordt verondersteld. De meeste aantoonbare coronaire vernauwingen leiden niet (meer) tot een hartinfarct. Vooral nieuwe lesies kunnen snel leiden tot een hartinfarct, terwijl de oude al langer bestaande hooguit angina pectoris opleveren. De voorspellende waarde van het coronairangiogram blijkt ook uit dit onderzoek van geringe waarde voor het voorspellen van toekomstige hartinfarcten.

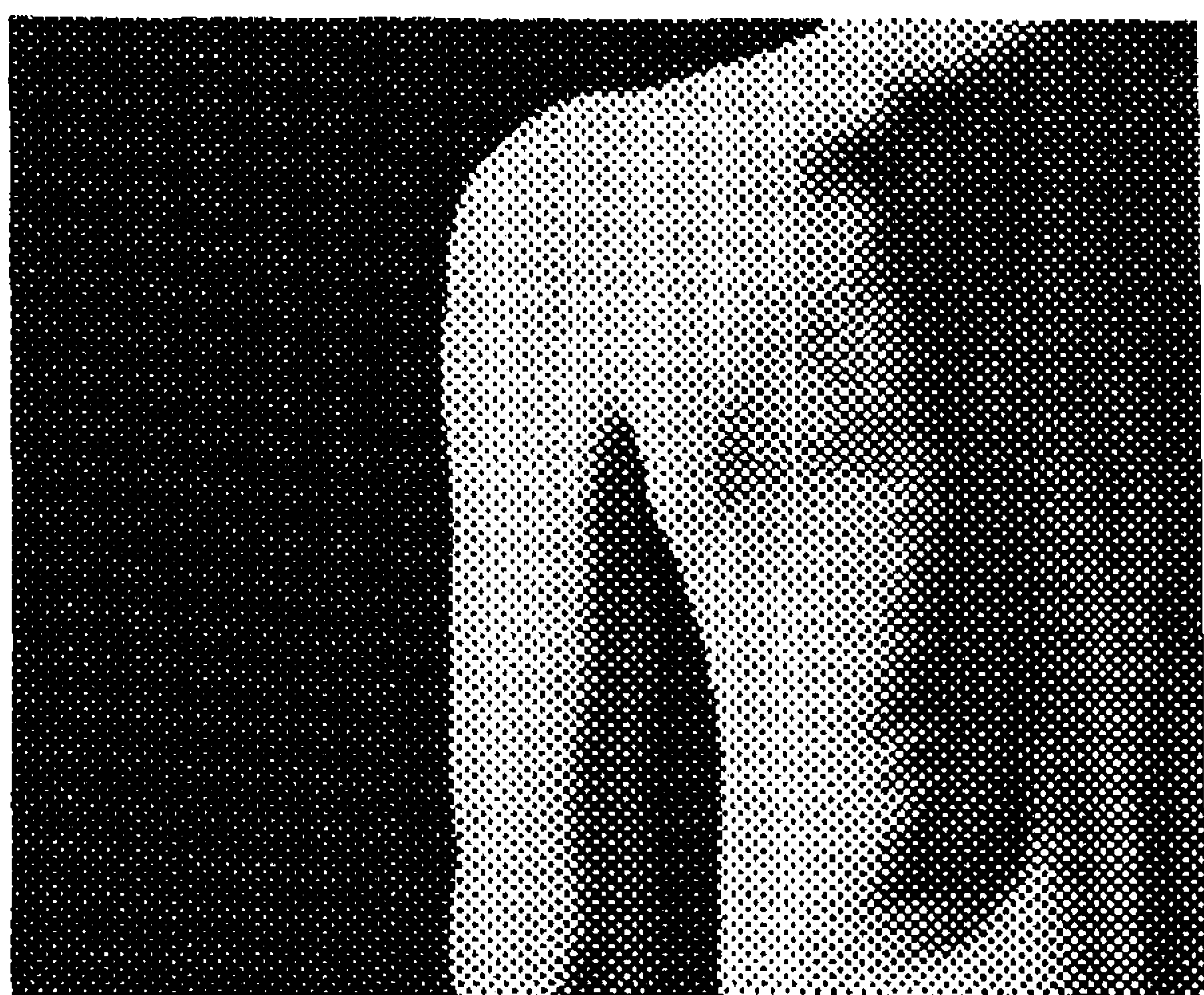
Zeker niet mag uit het onderzoek worden geconcludeerd,

dat het uitvoeren van een PTCA grote risico's met zich meebrengt. Wel komt uit het onderzoek naar voren dat het risico, hoe klein ook, kennelijk niet opweegt tegen enig voordeel in het voorkómen van een hartinfarct. Dit is met coronairchirurgie evenmin het geval. Belangrijke kanttekeningen bij het grote en voortreffelijk uitgevoerde RITA-2 onderzoek moeten zijn, dat zowel de PTCA-techniek aanmerkelijk is verbeterd (stent en het gebruik van nieuwere plaatjesremmers) als de medicamenteuze behandeling van stabiele angina pectoris (aspirine en statines). Tenslotte kan aan het RITA-2 onderzoek pas definitieve waarde worden gehecht als de uiteindelijke follow-up van vijf jaar bekend is.

Literatuur

1. Parisi AF, Folland ED, Hartigan P on behalf of the Veterans Affairs ACME investigators. A comparison of angioplasty with medical therapy in the treatment of single-vessel coronary artery disease. N Engl J Med 1992; 326: 10-6.
2. Sievers B, Hamm CW, Herzner A, Kuck KH. Medical therapy versus PTCA: a prospective, randomized trial in patients with asymptomatic coronary single vessel disease. Circulation 1993; 88: Suppl I:296 (abstract).
3. RITA-2 Trial Participants. Coronary angioplasty versus medical therapy for angina: the second Randomised Intervention Treatment of Angina (RITA-2) trial. Lancet 1997; 350: 461-8.

VERMIST: HALF LICHAAM



Slechts één helft van je lichaam doet nog wat jij wilt. De rest luistert niet meer. Een beroerte verandert je leven. Bij iedereen verschillend. Altijd ingrijpend. Bel gratis voor meer informatie: 0800 - 300.0.300.

Nederlandse  Hartstichting
vrienden van de hartstichting

BEROERTE. DE GROOTSTE KOPZORG VAN NU.